

патогенетические механизмы. Все это свидетельствует о том, что профилактика и лечение сердечно-сосудистых осложнений при ревматических заболеваниях и модификация выявленных факторов риска являются значимой проблемой современной ревматологии. –

**Цель исследования:** оценка изменений липидного спектра плазмы крови у больных СКВ.

**Материалы и методы.** Обследовано 48 больных женского пола с достоверной СКВ с минимальной или умеренной активностью, наблюдавшихся в Тюменском областном ревматологическом центре. Средний возраст больных составил  $40,4 \pm 4,6$  лет, длительность заболевания СКВ -  $6,8 \pm 0,5$  лет. Всем исследуемым проводился анализ липидного спектра плазмы крови: определение уровней содержания общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности и холестерина липопротеидов низкой плотности ((ХСЛПВП и ХСЛПНП соответственно). На основании полученных данных рассчитывался индекс атерогенности. Сравнение проводилось со значениями липидных параметров, принятыми в качестве липидных факторов риска в соответствии с III пересмотром Российских рекомендаций «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза».

**Результаты.** При анализе полученных результатов среднее значение уровня ОХС составило  $5,93 \pm 0,19$  ммоль/л, ХСЛПНП –  $3,6 \pm 0,17$  ммоль/л, ХСЛПВП –  $1,33 \pm 0,05$  ммоль/л, ТГ –  $1,83 \pm 0,11$  ммоль/л. Гиперхолестеринемия выше 5 ммоль/л была зарегистрирована у 32 (66,6%) больных, гипертриглицеридемия выше 1,7 ммоль/л, – у 25 (52,1%), повышение уровня ХСЛПНП более 3,0 ммоль/л – у 26 (54,1%), снижение уровня ХСЛПВП менее 1,2 ммоль/л – у 5 (10,4%) больных. Индекс атерогенности равнялся или превышал 3 в 64,6% случаев (у 31 больной), среднее значение индекса атерогенности в исследованной группе составило  $3,5 \pm 0,18$ .

**Краткое обсуждение.** Таким образом, у значительного числа обследованных были выявлены нарушения липидного обмена, что свидетельствует о целесообразности детального исследования липидного спектра плазмы крови для оценки факторов сердечно-сосудистого риска и ранней профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у больных СКВ.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ШЕГРЕНА**

**Е.Ю. Ган, Л.А. Шардина**

ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1»,  
ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, г. Екатеринбург

**Введение.** В настоящее время болезнь Шегрена является достаточно распространенным заболеванием в практике врача-ревматолога. Данная патология относится к группе системных заболеваний соединительной ткани с аутоиммунным механизмом развития, хроническим и неуклонно прогрессирующим течением, этиология которого на сегодняшний

день неизвестна. Основные клинические проявления болезни Шегрена связаны с железистым поражением слюнных и слезных желез (явления ксеростомии и ксерофтальмии), хотя нередко имеют место и внежелезистые проявления, такие как артрит, нейропатия, пневмонит, нефрит и т.д. При этом заболевании, как правило, наблюдается высокая лабораторно-иммунологическая активность. Важно подчеркнуть достаточно высокий риск развития у пациентов с болезнью Шегрена лимфопролиферативных заболеваний, которые занимают второе место в структуре летальности при данной патологии. В связи с вышесказанным становится понятно, что болезнь Шегрена оказывает влияние на психоэмоциональное состояние пациентов и на качество жизни в целом. В литературе имеются сведения относительно клинической картины, вопросов диагностики и терапевтической тактики пациентов с болезнью Шегрена. Однако существует неопределенность в отношении причин возникновения этой патологии, практически нет данных, имеющих отношение к вопросам психологического состояния, эмоционального фона пациентов с указанной нозологией. На данном этапе развития медицинской науки остается недостаточно изученным взаимное влияние психологических и соматических отклонений у пациентов с болезнью Шегрена. В связи с чем, изучение психосоматических соотношений при болезни Шегрена является одной из актуальных проблем современной ревматологии. У пациентов с болезнью Шегрена наблюдаются определенные психоэмоциональные отклонения, которые вероятно связаны как с личностными особенностями, так и с клинической картиной заболевания в результате прямого воздействия симптомов болезни и психологического переживания больным своего состояния, а так же с проводимой терапией глюкокортикостероидами и цитостатиками. Эти проблемы занимают значимое место во внутренней картине болезни. Хроническое, длительно протекающее заболевание способно приводить к определенным перестройкам внутренней картины болезни, связанным как с особенностями течения самого заболевания; так и с процессами адаптации личности. Неадекватно сформированная внутренняя картина болезни негативно влияет на течение и исход заболевания, а также способствует деструктивному изменению личности пациента, развитию внутренних конфликтов, явлений невротизации и психопатизации. Это в свою очередь усугубляет течение соматических проявлений клинической картины болезни и может приводить к резистентности проводимой терапии.

**Цель:** оценить состояние психологического статуса пациентов с болезнью Шегрена для выявления у них возможных психоэмоциональных отклонений.

**Материал и методы.** Изучение психологического статуса проводилось у 38 пациентов с болезнью Шегрена, наблюдающихся в областном ревматологическом центре ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» г. Екатеринбурга. Все пациенты, входящие в группу исследования, женского пола. Средний возраст их составил  $52,68 \pm 1,3$  лет. Средняя продолжительность болезни составила  $6,84 \pm 0,9$  лет. Диагностика болезни Шегрена осуществлялась с применением общеклинического, офтальмологического (проба Ширмера) и стоматологического осмотров (сиалометрия), лабораторно-иммунологических методов и гистологического исследования биоптатов малой слюнной железы. Изучение

психологического статуса пациентов с болезнью Шегрена проводилось по трем параметрам, включающим в себя уровень астении, тревоги и депрессии. Для определения показателя астении использовался опросник «Шкала астенического состояния Майкова-Чертова», который содержит 30 вопросов. Для изучения уровня депрессии применялся «Опросник Бека», состоящий из 13 вопросов. Для исследования реактивной и личностной тревожности использовался опросник «Шкала Спилберга-Ханина», содержащий 40 вопросов. Опрос пациентов проводился путем заполнения ими анкет, при непосредственном контакте, без посторонней помощи. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием статистической программы Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждение.** Анализ полученных результатов выявил, что в исследуемой группе у 5,3% пациентов отсутствовали признаки астении, у 68,4% диагностирована слабая астения, у 26,3% - умеренная астения. Выраженная астения в группе обследованных пациентов не выявлена. Среднее значение показателя астении в группе исследования составило  $67,47 \pm 2,3$  баллов, что соответствует астении слабой степени выраженности. Легкий уровень депрессии выявлен у 21% пациентов, у 79% пациентов признаков депрессии не выявлено. Пациентов с тяжелой степенью депрессии в исследуемой группе не наблюдалось. Среднее значение показателя депрессии в группе исследования составило  $7,58 \pm 0,8$  баллов, что в целом по группе соответствует отсутствию депрессии. Умеренная реактивная тревожность выявлена у 5,26% пациентов, в то время как высокая - у 94,74%. Низкого уровня реактивной тревожности в группе обследования выявлено не было. Среднее значение показателя реактивной тревожности в целом по группе составило  $52,58 \pm 1,2$  баллов, что соответствует высокому уровню тревожности. Исследование личностной тревожности показало, что умеренная степень выявлена у 10,53% пациентов, высокая - у 89,47%. Низкого уровня личностной тревожности в группе обследования не выявлено. Среднее значение показателя личностной тревожности составило  $55,79 \pm 1,4$  баллов, что соответствует высокому ее уровню.

Таким образом, исследование психологического статуса пациентов с болезнью Шегрена показало в целом по группе отсутствие у них депрессии, преобладание астении слабой степени выраженности, а так же высокого уровня реактивной и личностной тревожности. Выявленные особенности психологического состояния пациентов с болезнью Шегрена свидетельствуют о формировании у них психоэмоциональных нарушений, которые усложняют клиническую картину заболевания, создают дополнительные диагностические и лечебные трудности, снижают качество жизни пациентов. Полученные данные свидетельствуют о том, что лечение пациентов с болезнью Шегрена необходимо проводить совместно ревматологом, клиническим психологом и при необходимости, психотерапевтом. При этом важно учитывать физическое, эмоциональное и психологическое состояние пациента. Обследование пациентов с болезнью Шегрена целесообразно проводить в сочетании с психодиагностическим исследованием, методом, дающим полную информацию о больном и картине заболевания, что помогает более комплексно и эффективно подходить к вопросам терапевтической тактики каждого конкретного пациента.